

## O-3-56

### 訪問看護師・医療機関看護師相互研修の学びを活用した療養支援ナースの育成

仙台赤十字病院 看護部

○大<sup>たい</sup>棒<sup>ぼう</sup> 美香、齋藤<sup>さいとう</sup> みや子、加藤 千恵、増子<sup>まこ</sup> はるみ

【はじめに】当院の療養支援ナース委員会では、看護師が退院支援・在宅療養支援を円滑にするためのシステムづくりや学習会を行っている。平成28年度看護協会主催の訪問看護ステーション・医療機関看護師相互研修（以下、相互研修）に委員が参加後、委員会が伝達講習とグループワークを行い退院支援に必要な視点を再認識し育成に活用した。【方法】相互研修に参加した療養支援ナースによる委員会内での伝達講習、グループワークにて学びを共有した。その上で、退院支援に必要な視点について話し合い、その意見を基に質的に内容分析を行った。【結果】退院支援に必要な視点について、「患者・家族・地域・病院間で患者がその人らしい生活を支援するための情報収集と共有」「多職種の知識を結集した退院支援カンファレンス」「在宅で生活するための地域・社会資源の活用」「在宅での生活をイメージした退院指導」「在宅療養を実現する可能性の拡大」「地域との連携促進に繋がる適切な看護対価への理解」の6カテゴリーが抽出された。【考察】相互研修の実習や演習により医療依存度の高い患者の在宅療養が可能であることを学び、さらに委員会が共有し療養支援ナースの役割・退院支援に必要な視点について、を再認識した。療養支援ナースには再認識した退院支援に必要な視点を意思決定支援や必要な情報収集に生かし、地域と連携して患者がその人らしい生活をするための退院支援を実践する役割モデルとしての活躍を期待している。委員会として研修や退院後訪問などで住み慣れた在宅での療養の実際に触れる機会を増やし、より一層育成されるよう療養支援ナースの教育体制を整えていくことが課題である。

## O-3-58

### もう日赤病院では診てもらえないんですか？緩和ケアチームからみた退院支援

さいたま赤十字病院 緩和ケア診療科<sup>1)</sup>、緩和ケアチーム<sup>2)</sup>、看護部<sup>3)</sup>、薬剤部<sup>4)</sup>、麻酔科<sup>5)</sup>

○原<sup>はら</sup> 敬<sup>たかし</sup><sup>1,2)</sup>、野澤<sup>のさわ</sup> やよい<sup>2,3)</sup>、高橋<sup>たかはし</sup> 真理子<sup>2,3)</sup>、井上 朋子<sup>2,4)</sup>、中井川 泰<sup>2,5)</sup>

多くの赤十字病院は、がん医療の急性期治療を担う。それゆえ急性期治療が終了した患者には地域リソースを適用しておもに住み慣れた自宅への退院へむけてサポートしようとする。ところが、在宅移行に際して患者本人や家族から「もう日赤病院では診てもらえないんですか？」と言われることは珍しくない。深刻な病状と有効な治療法が尽きた事実を主治医がわかりやすく伝えているにもかかわらず、「もう治療はしてもらえないんですか？」「こんな（衰弱した）からだけでは帰れない」と繰り返す。その結果、時間はかりが過ぎ病状が悪化してしまい、本人と家族にとって大切なときを自宅で過ごす選択が失われてしまう。治療チームと患者・家族のあいだで援助実践する緩和ケアチームからみたとき、心情にも配慮された正確な病状告知や地域医療介護リソースの情報提供と手配だけでは、患者・家族の安心に応えることができず、この現状を超えることができないのではなからうかと思えてくる。と言って、あすを信じて苦しいがん治療に必死に耐えているまさにそのときに、この先（終末期）のことを切り出したものは希望を奪うようでもできないという治療チームは少なくない。連携部門の現場では、病院側の役割や事情を説明して退院を勧めても患者・家族の気がかりに込えているようには思えないという声も聞く。本発表では、終末期がん患者の退院支援の困難の源泉を、人間存在のあり方まで分け入ったうえで考察を試みたい。

## O-3-60

### 家族参加型多職種間カンファレンス開催の効果

飯山赤十字病院 回復期リハビリテーション病棟

○山本<sup>やまもと</sup> 純子<sup>じゅんこ</sup>、岡本 一美

【目的】Y病棟において、2016年より開催の家族参加型多職種間カンファレンス（以下カンファレンス）の效果に焦点をあて、今後の開催継続に向け示唆を得る為にアンケート調査を行った。【方法】対象：1群：カンファレンス参加者、介護者4名・多職種11名。2群：1群以外の多職種11名。カンファレンス開催の效果について独自質問紙を作成し調査を実施。4段階評価と自由記載を併用し、自由記載内容はコード化し関係性を考察した。【結果】アンケート回収率は100%。100%が思うと評価した項目は、カンファレンス開催が必要、だった。介護者では、開催時期・状態理解・療養先の選択・自分の思いを話す、だった。1群多職種では、目標の統一・療養先の選択・自分の思いを話す、だった。2群では、目標の統一・支援方法の統一、だった。多職種の80%以上が思うと評価した項目は、開催時期・状態理解・支援方法の統一・療養先の選択・連携を図る、だった。思わないと評価が低かった項目は、退院後のイメージ・退院時期の見極め・日時調整、だった。自由記載の97個のコードから、退院に向けたアセスメント・計画的退院支援、介護者・多職種間の連携、退院支援の関心、退院支援の協力体制のサブカテゴリ、カンファレンスの効果・カンファレンスの必要性・開催継続に向けての課題に分類された。開催にあたり共通理解が得られていなかった事が、評価が低い項目に影響したと考える。効果的にカンファレンス開催する為に、情報の事前準備が必要であり、カンファレンスの定義・方法の周知を行い、担当看護師が開催を計画出来るよう支援し、開催を推進していく必要がある。【結論】今回の調査で、カンファレンス開催の效果と必要性が明らかになり、カンファレンスの定義・方法の周知と、担当看護師が開催を計画出来るよう支援していくことが必要である。

## O-3-57

### 地域と共に取り組む退院支援の評価ができる体制の構築

横浜市立みなと赤十字病院 医療連携センター 医療社会事業課<sup>1)</sup>、秦野赤十字病院<sup>2)</sup>

○渡邊<sup>わたなべ</sup> 貴子<sup>たかこ</sup><sup>1)</sup>、乾 尚美<sup>2)</sup>、持松 泰彦<sup>1)</sup>

【目的】当院は、断らない救急をモットーに年12500台（受入率99%）の救急車を受け入れ、平均在院日数104日の急性期病院である。2012年から退院支援マニュアルを作成し、退院支援システムの構築を図ってきた。今回、病院と在宅チームとで退院後の患者の状態を共有する、退院支援を病院と地域で評価する仕組みを地域の関係者と共に作りたいと考えた。そこで、地域の介護・医療、行政関係者に対し、アンケート調査を実施した。今後の課題が明確になり、退院支援体制の整備に向けた今後の方向性を検討したのでここに報告する。【方法】（期間）2016年6月～2017年3月（方法）病院近隣の行政・介護・医療関係者に対し、自由記載形式でアンケート調査を実施。アンケート内容をKJ法で分類し分析を実施。【結果】全体の回収率は、44.8%。アンケートの自由記載された内容から退院支援の評価となる項目を37個抽出した。抽出した項目をKJ法で4つのカテゴリ<意思決定支援の評価><生活ケア上の評価><医療ケア上の評価><希望する在宅療養が送れているかの評価>に分類した。【考察】地域関係者の視点から退院支援の評価となる項目を情報収集したいと考えていた。しかし、分析をしていく過程の中から今まで実践してきた退院支援体制の課題を見出すことが出来た。希望する在宅療養が送れるようにしていくためには、意思決定支援に必要な情報の共有は、その基盤となる。そして、生活ケア上と医療上の情報を共有しながら問題解決していく構造であることが分かった。【今後の課題】病院と地域とで医療・介護・生活支援・予防・住まいの5つの視点で包括的に、かつ継続的な好循環な連携をしていく退院支援体制の構築を目指したい。

## O-3-59

### 呼吸器病棟における退院後訪問指導の取り組み

武蔵野赤十字病院 看護部

○加藤<sup>かとう</sup> 恵<sup>めぐみ</sup>

【目的】平成28年度の診療報酬改定において、退院直後の在宅療養支援に関する評価として退院後訪問指導料が新設された。今回、呼吸器病棟において「在宅酸素療法を導入した患者が安心・安全に在宅療養を継続できるようにするための療養上の支援を行うこと」を目的とした退院後訪問指導を開始した。その取り組みを報告する。【取り組みの実践】呼吸器病棟において退院後訪問指導に取り組むことの意義を医師、看護師に伝え、理解を得た。病院の看護師が行う退院後訪問指導の目的・目標を明確にし、退院後訪問指導の対象や退院後訪問指導を行う看護師の要件、在宅で行う指導内容などを定めた運用手順書を作成した。退院後訪問指導の同意が得られた患者宅への退院後訪問指導を開始し、訪問後は病棟内で行った指導についてリフレクションの機会を持った。【取り組み後の結果】平成28年7月より開始し、平成29年3月までに18件の患者に退院後訪問指導を行った。訪問地域は病院所在地の武蔵野市、隣接する三鷹市、小金井市が55%であり、訪問手段は自転車が55%であった。実施した指導内容は、酸素療法に対するセルフケアに関すること、酸素機器の安全な取り扱いに関すること、呼吸リハビリに関すること、栄養に関することなどであった。患者の反応は、「酸素の扱いが慣れないときに知っている看護師が来てくれ安心した」「もう一度来てほしい」など肯定的な評価であり、指導料は全ての患者が完納された。訪問した看護師の反応は「家で生活する患者を知ることができた」「患者の生活状況に合わせた指導をする必要があると感じた」「酸素を導入して患者は何がしたいのかを知った上で関わる必要性を強く感じた」など、生活者として患者をとらえ個性性を考慮した介入の重要性を学ぶ機会とすることができていた。

## O-3-61

### 退院支援看護師とMSWが協働して行う若年がん末期の退院支援

横浜市立みなと赤十字病院 医療連携センター 医療社会事業課

○小野<sup>おの</sup> 利子<sup>としこ</sup>、持松 泰彦、渡邊 貴子、亀山 友美

【はじめに】当院はがん診療連携拠点病院として多くのがん患者の療養・退院支援を行っている。患者層は若年から中年と幅広いがん患者がいる。今回、30代のため介護保険が利用できないがん末期の患者に退院支援看護師とMSWが協働して医療・介護・行政と連携を行い自宅退院することができた。救済措置が少ない若年がん患者に対し効果的な退院支援を行うことが出来たのでここに報告する。【事例と支援の実践】A氏、30代、男性。S上結腸癌末期。家族は妻と生後2週間の新生児。相談室に介入依頼の時点で予後1～3ヶ月、医療処置もあり、介護力はなく、経済面、ネグレクトの危険という問題点があった。そのため退院支援看護師と、MSWで担当になった。夫・妻に関わっていた多職種でカンファレンスを行い家族の全体像の把握、問題点を明らかにした。それを、踏まえ患者・家族と面談を重ね準備を進めた。退院のタイミングを決め、横浜市の制度活用、在宅チームの調整・カンファレンスを行い退院となった。【考察】40歳以上ではないとがん末期でも介護保険の利用ができない。ケアマネージャーが不在のためコーディネート役を退院支援担当者が行う必要があった。患者は医療ニーズが高いうえに、介護をする妻や産まれてきた子にも支援が必要だった。社会資源・制度に強いMSWと医療に強い看護師が協働して、患者に合ったサービスの調整や情報連携を行い退院後のサポートが構築できた。この事例をコーディネートするには職種を超えた知識が求められたため、看護師単独での調整は困難であった。日頃から一緒にケースをもつことやカンファレンスを行うことで職種の強みを生かし、協働できる体制の強化が今後の課題であるとする。